



RELATÓRIO FINAL DO PROJETO

O relatório final foi elaborado no âmbito do projeto conjunto da HOSPEEM - FSESP, "Reforço do diálogo social no setor hospitalar na Europa Oriental, Meridional e Central" (2019 e 2021). O projeto tem recebido apoio financeiro da União Europeia (N.º de projeto: VS/2019/0008).

Autoria



A informação contida nesta publicação não reflete necessariamente a posição oficial da Comissão Europeia.



This project has received financial support from the European Union

Índice

1. Introdução.....	2
2. Fatos e dados do setor hospitalar e da saúde.....	3
3. Parceiros sociais no setor hospitalar e da saúde	5
4. Envolvimento dos parceiros sociais nas estruturas de diálogo social da UE.....	9
5. Participação dos parceiros sociais no Semestre Europeu.....	10
6. Prioridades dos parceiros sociais a serem comunicadas a nível da UE.....	12
7. Conclusão.....	17
Anexo	I
A. Metodologia.....	I
B. Recomendações específicas para cada país do Semestre Europeu	III
C. Workshop de disseminação da lista de participantes.....	VIII

Índice de tabelas

Tabela 1: Despesas de saúde (todos os regimes financeiros, 2018)	3
Tabela 2: Pessoal de saúde empregado em hospitais (2018).....	4
Tabela 3: Razões para a não participação nas estruturas de diálogo social a nível da UE (% , N= 57)	10
Tabela 4: Prioridades a serem comunicadas a nível da UE	13
Tabela 5: As prioridades das organizações com a classificação mais elevada (% , N = 101).....	15

Índice de gráficos

Gráfico 1: Participação direta nas reuniões do comité das estruturas de diálogo social a nível da UE desde 2015 (% , N = 76)	9
Gráfico 2: As formas como os parceiros sociais estão envolvidos no procedimento do Semestre Europeu (% , N= 124)	11
Gráfico 3: Satisfação com as oportunidades de abordar as prioridades no diálogo social a nível da UE (% , N= 101)	16

Abreviaturas

REP	Recomendações específicas para cada país no âmbito do Semestre Europeu
CESE	Comité Económico e Social Europeu
OE	Organização de empregadores
FSESP	Federação Sindical Europeia de Serviços Públicos
UE	União Europeia
PIB	Produto Interno Bruto
HOSPPEEM	Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e de Saúde
EM	Estado-Membro
DS	Diálogo social
DSS	Diálogo social setorial
SD	Sindicatos

Abreviaturas dos países

BG	Bulgária	HU	Hungria
CZ	República Checa	MT	Malta
EL	Grécia	PL	Polónia
ES	Espanha	PT	Portugal
RH	Croácia	RO	Roménia
IT	Itália	SI	Eslovénia
CY	Chipre	SK	Eslováquia

1. Introdução

A **eficácia, acessibilidade, boa qualidade dos cuidados e resiliência dos hospitais e sistemas de saúde tornaram-se ainda mais significativos** durante a recente crise sanitária. Apesar de reconhecer a importância substancial do setor, **o setor hospitalar e da saúde está a enfrentar desafios a longo prazo** que têm sido exacerbados desde o surgimento da pandemia. A crise deixou claro como as fragilidades dos sistemas sanitários podem ter efeitos profundos na saúde pública e no desenvolvimento económico em todos os Estados-Membros da UE.

A pandemia também mostrou a necessidade crescente de ações coordenadas e inclusivas a nível nacional e europeu para lidar com os desafios de forma eficaz. Assim, a **representação dos parceiros sociais no Diálogo Social Setorial Europeu (DS) e o seu envolvimento no Semestre Europeu e nos planos nacionais de recuperação e resiliência tornaram-se estrategicamente relevantes** para assegurar que as condições de trabalho e as reformas relacionadas com o mercado fossem implementadas a nível da UE.

No entanto, a representatividade das organizações europeias de parceiros sociais no setor da saúde e no diálogo social setorial é dificultada pela elevada segmentação dos profissionais de saúde, ao escalar dos organismos do setor público a diferentes níveis administrativos para instituições sem fins lucrativos e privadas¹. A fragmentação dos profissionais também influencia a estrutura dos parceiros sociais; trabalhadores e empregadores organizam-se de acordo com o seu setor profissional, subsectores e setores privado/público.

Para reforçar o papel dos parceiros sociais a nível da UE, a Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e de Saúde (HOSPEEM) e a Federação Sindical Europeia de Serviços Públicos (FSESP) encomendaram um projeto conjunto. O projeto visa (a) identificar e abordar as **necessidades de capacitação dos parceiros sociais setoriais**; (b) obter dados quantitativos e qualitativos sobre **o atual envolvimento no Semestre Europeu** e reforçar o seu papel a este respeito. Especificamente, o projeto levantou as prioridades dos parceiros sociais e como estas prioridades poderiam ser mais bem articuladas nas atividades futuras da HOSPEEM e da FSESP. O relatório final fornece dados comparáveis e informação específica de catorze países-alvo: Bulgária, Hungria, Polónia, Romênia, Chipre, Grécia, Itália, Malta, Portugal, Espanha, Croácia, República Checa, Eslováquia, Eslovénia. O relatório final é uma compilação dos três relatórios regionais para países da Europa Oriental (BG, HU, PL e RO), países da Europa Meridional (ES, EL, CY, MT, PT, IT) e países da Europa Central (SK, SI, CZ e HR).²

Os resultados deste relatório são os **resultados da metodologia combinada**, que inclui:

- Um inquérito online personalizado dedicado ao diálogo social no setor hospitalar e da saúde, realizado entre abril de 2019 e agosto de 2020 (em três vagas dedicadas a grupos específicos dos países);
- Pesquisa documental realizada entre abril de 2019 e agosto de 2020;
- Resultados do debate com organizações nacionais de parceiros sociais e organizações relevantes dos 14 países-alvo realizado em três Webinars Regionais (junho de 2019 em Bucareste, novembro de 2019 em Roma, workshop online em abril de 2021)

O relatório está estruturado da seguinte forma:

- O capítulo um apresenta os principais **indicadores estatísticos** com base em dados comparativos do Eurostat para o setor hospitalar e da saúde nos 14 países;
- O capítulo dois enumera os **parceiros sociais identificados** - sindicatos e organizações de empregadores, ou outras organizações nos 14 países-alvo;
- Os capítulos três e quatro analisam, respetivamente, se e de que forma estão **os parceiros sociais envolvidos nas estruturas de diálogo social da UE e no Semestre Europeu**;
- O capítulo cinco revela as prioridades e tópicos que os parceiros sociais desejam comunicar ao diálogo social setorial a nível da UE, a sua satisfação com as oportunidades de abordar os seus problemas a nível da UE e as expectativas da UE.

O relatório é complementado com informação metodológica e adicional sobre as Recomendações Específicas para cada País (REP) de 2020 emitidas para os catorze países-alvo no processo do Semestre Europeu.

¹ Eurofound (2020), Representativeness of the European social partner organisations: Human health sector, Sectoral social dialogue series, Dublin.

² Os grupos dos países são criados apenas para o propósito deste projeto e podem não ser iguais a outras classificações territoriais europeias

2. Fatos e dados do setor hospitalar e da saúde

Para a compilação deste relatório foram fornecidos indicadores estatísticos sobre as despesas de saúde e o emprego nos hospitais dos países. Além disso, foram utilizados indicadores normalizados com base nos dados mais recentes e disponíveis do Eurostat. Os dados comparativos são definidos no contexto do testemunho de trabalho dos parceiros sociais e comparados com as condições da vida real.³

As despesas de saúde variam nos países-alvo. A percentagem do produto interno bruto varia de 5,56% na Romênia a 9,45% em Portugal. Os países podem ser estruturados em países com EUR por habitante abaixo de EUR 1.000 (BG, HR, HU e PL), entre EUR 1.000 - 2.000 (CZ, EL, CY, PT, SI e SK) e acima dos EUR 2.000 (IT e MT). Ao colocar estas medidas no contexto de outros países, a despesa média em EUR por habitante na Romênia é de aproximadamente 6,5 vezes mais baixa, o PPS por habitante seis vezes e a percentagem do PIB é 1,5 vezes menor do que, por exemplo, na Alemanha. Todos os países abrangidos têm em comum que as suas despesas de saúde em PPS por habitante estão abaixo da média da UE-28 (EUR 3.067, 80/2018) e da média do produto interno bruto da UE-28 (9,89%/2018).⁴

As estatísticas sobre as despesas e o financiamento dos sistemas de saúde estão relacionadas com os desafios dos parceiros sociais e abordam o diálogo social a nível nacional e da UE. Contudo, o investimento limitado no setor e a distribuição das finanças conduzem a condições de trabalho desfavoráveis em alguns países, especialmente na Romênia, Bulgária, Polónia e Hungria.⁵ Além disso, devido ao subinvestimento e cortes de despesas no setor da saúde pública, o setor não está a satisfazer a demanda, o que resulta em longas listas de espera para os procedimentos necessários.

Durante a pandemia da COVID-19, o custo dos serviços de saúde aumentou em todos os países devido à necessidade de estabelecer novas unidades de COVID-19 ou de refazer o perfil das antigas. Portanto, os parceiros sociais, apontando para o papel crucial do setor da saúde durante a pandemia, pedem mais investimentos garantidos pela maior parcela das finanças do plano de Recuperação e Resiliência.⁶

Tabela 1: Despesas de saúde (todos os regimes financeiros, 2018)

País	Milhões de euros	EUR por habitante	PPS por habitante	% do PIB
BG	4 120,53	586,55	1 268,51	7,35
CZ	15 871,89	1 493,13	2 278,56	7,65
EL	14 251,47	1 327,83	1 628,35	7,72
ES	108 109,70	2 310,15	2 464,77	8,99
HR	3 524,46	861,54	1 347,75	6,83
IT	153 085,00	2 533,61	2 504,41	8,67
CY	1 430,98	1 644,67	1 843,76	6,77
HU	8 963,50	916,93	1 544,86	6,70
MT	1 109,70	2 289,79	2 754,27	8,95
PL	31 501,68	829,54	1 518,98	6,33
PT	19 303,39	1 877,06	2 225,83	9,45
RO	11 371,07	583,95	1 211,69	5,56
SI	3 797,15	1 830,93	2 186,27	8,30
SK	5 991,41	1 099,99	1 539,37	6,69

Fonte: Eurostat, *Healthcare expenditure by financing scheme* [código online: *hlth_sha11_hf*]

Outros fatores relevantes que influenciam a capacidade dos sistemas de saúde para prestar serviços de saúde e satisfazer a crescente e mutável procura de cuidados são os trabalhadores, a disponibilidade e as competências. Na União Europeia, as seguintes forças externas e internas estão a moldar e a desafiar a

³ Com base nos debates dos três Workshops Regionais

⁴ Eurostat, *Healthcare expenditure by financing scheme* [código online: *hlth_sha11_hf*]

⁵ Com base no debate do Workshop Regional de 14 de junho de 2019

⁶ Com base no debate do Workshop Regional de 20 de abril de 2021

resiliência dos profissionais da saúde: padrões de migração, inovação tecnológica, mudança na procura de cuidados (externos) e envelhecimento dos trabalhadores, recrutamento e retenção, má distribuição geográfica e discrepâncias de competências (internos).⁷

Com base no pessoal de saúde empregado nos hospitais em 2018, o número de médicos por 100.000 habitantes é o mais alto em Portugal (261) e o mais baixo em Chipre (96)⁸. Por outro lado, o número de profissionais de enfermagem e parteiras por 100.000 habitantes varia enormemente, desde 531 na República Checa até 131 na Croácia.⁹

A migração de profissionais de saúde dos países-alvo, principalmente para países ocidentais e do Norte, é um problema económico e social. Por exemplo, na Romênia, 35.000 enfermeiros e 15.000 médicos deixaram o país entre 2007 e 2017. A migração de profissionais de saúde para países ocidentais está a causar um consequente aumento na carga de trabalho dos países abrangidos, ao mesmo tempo que levanta preocupações sobre questões de segurança dos pacientes e dos trabalhadores.

Tabela 2: Pessoal de saúde empregado em hospitais (2018)

País	Emprego hospitalar (efetivos)	Profissionais de enfermagem e parteiras (efetivos)	Profissionais de enfermagem e parteiras/100.000 habitantes	Médicos (efetivos)	Médicos /100.000 habitantes	Camas hospitalares/100.000 habitantes
BG	70 241	22 419	319,13	16 960	241,42	756,91
CZ	157 775	56 914	535,41	26 521	249,49	661,82
EL	100 662	23 789	221,65	23 354	217,59	419,77
ES	589 236	166 352	355,47	111 795	238,89	297,15
HR	47 834	5 368	131,22	8 714	213,01	561,25
IT	632 546	265 588	439,56	134 389	222,42	314,05
CY	:	4 217	484,68	842 ¹⁰	96,77	330,09 ¹¹
HU	106 238	29 834	305,19	20 180	206,43	701,29
MT	10 059	3 185	657,20	1 255	258,96	430,84
PL	:	133 453	351,42	40 387	106,35	653,69
PT	137 486	43 166	419,75	26 879	261,37	344,51
RO	177 002	11 281	57,93	29 687	152,46	696,83
SI	26 143	3 798	183,13	3 878	186,99	442,79
SK	42 287,43	21 352,19	392,02	9 309,16	170,91	569,62

Nota: Dados da Polónia a partir de 2017, Eslováquia - medidas equivalentes a tempo inteiro (FTE) disponíveis apenas

Fonte: Eurostat 2018, Health personnel employed in hospital [código online: hlth_rs_prshp1]

Problemas semelhantes ocorrem em todos os países-alvo com desafios específicos para cada país que se reforçam mutuamente. Por exemplo, na Grécia, as tendências a longo prazo nos cuidados de saúde são influenciadas pelo envelhecimento da população, pela imigração e pela atratividade do setor da saúde pública. O número inadequado de trabalhadores e a insegurança nas pensões estão relacionados com o envelhecimento dos profissionais de saúde. Por exemplo, os médicos de 65-74 anos compreendem os 14% na Hungria e os 13%

⁷ European Commission, Healthcare workforce, Overview; Disponível em https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸ Este número é calculado com base no número de médicos que oferecem os seus serviços nos hospitais públicos, excluindo os hospitais privados que constituem uma parte considerável do sistema de saúde cipriota. O rácio real entre médicos e população é mais elevado, mas não pode ser calculado com precisão devido a dados incompletos.

⁹ Com base nos dados do Eurostat, o número mais baixo de enfermeiros por 100.000 habitantes deve ser o da Romênia (57 enfermeiros e parteiras por 1.000.000 habitantes). Os dados de emprego nos cuidados de saúde, contudo, variam de acordo com as definições (como é o caso do indicador romeno sobre enfermeiros e parteiras) e, para alguns países, os dados não estão disponíveis

¹⁰ Os dados sobre os médicos empregados nos hospitais cobrem apenas a mão-de-obra hospitalar do setor público. O setor privado consiste numa parte considerável do sistema de saúde cipriota

¹¹ os dados referem-se aos hospitais do setor público, bem como ao número total de camas do setor privado

na Bulgária. Devido aos baixos salários e à falta de pessoal, muitos médicos e enfermeiros estão a participar num segundo emprego. Além disso, entre 70% e 80% do pessoal de saúde são do sexo feminino.

A baixa taxa de pessoal de enfermagem para um paciente está a colocar em risco a segurança das pessoas. Os sindicatos pedem um aumento do número de efetivos para níveis de pessoal adequados e baseados nas necessidades, e a melhoria das suas condições de trabalho. A falta de trabalhadores dá origem a uma mão-de-obra precária, caracterizada por longas horas de trabalho e muitos turnos noturnos e pela reintegração do pessoal reformado. Além disso, os baixos salários forçam os empregados a procurar fontes de rendimentos adicionais, o que leva a dificuldades com a reconciliação entre trabalho e família.

Apesar da falta geral de profissionais de saúde que se tornou ainda mais urgente durante a pandemia da COVID-19, as crises de saúde também trouxeram desenvolvimentos positivos em alguns países. O interesse em se tornar um profissional de saúde aumentou em alguns países em 2021 (por exemplo., CZ). Este desenvolvimento deve-se, em parte, aos pagamentos e benefícios adicionais pelo governo aos profissionais da saúde durante a pandemia, negociados e impulsionados pelos parceiros sociais nacionais. Na Croácia, foram emitidos pagamentos adicionais para os profissionais de saúde durante a crise. Ainda assim, devido à situação económica global e de longo prazo desfavorável dos profissionais da saúde, isto não trouxe satisfação financeira aos profissionais de enfermagem. Em alguns países, o número de médicos é relativamente suficiente, mas dificultado pelas disparidades regionais (CZ, SK, HR).

3. Parceiros sociais no setor hospitalar e da saúde

Com base na pesquisa documental e numa base de dados partilhada entre a HOSPEEM, a FSESP e o CELSI, foram identificados os seguintes parceiros sociais que representam os empregados e empregadores do setor hospitalar e da saúde nos catorze países. Quando relevante para o diálogo social nacional e da UE, foram também incluídos outros tipos de organizações.

A fragmentação e o desvio múltiplo dos parceiros sociais ao longo das profissões e dos setores privado/saúde pública são as características comuns na maioria dos países abrangidos. Como empregadores dos Ministérios da Saúde no setor da saúde pública e atores relevantes no diálogo social nacional e no tripartismo, estes organismos estatais estão listados como organizações de empregadores nas seguintes tabelas. Em alguns países, as associações profissionais, como as câmaras de enfermeiros, tornaram-se relevantes e frequentemente substituíram ou complementam o papel dos sindicatos (por exemplo, HU, PL e SK). No entanto, estas câmaras normalmente não são um membro oficial do diálogo social tripartista ou bipartista e, por isso, não têm direito a participar nas negociações e, portanto, não estão incluídas na lista.

Os sindicatos tendem a concentrar-se em subsectores e profissões particulares, tais como médicos, enfermeiros e especializações (por exemplo, radiologistas). Algumas das organizações de empregadores são intersetoriais, enquanto outras, abrangem domínios específicos dentro do setor hospitalar e da saúde, como é o caso dos sindicatos. A maioria dos parceiros sociais identificados está envolvida no diálogo social e na negociação, pelo menos a um nível (nacional, setorial ou de organização).

	Bulgária	Hungria	Polónia	Romênia
Sindicatos				
	Federação dos Sindicatos - Serviços de Saúde (CITUB) ¹²	Sindicato dos Serviços de Saúde na Hungria	Federação dos Sindicatos dos profissionais da saúde e Assistência Social	Federação Sindical Romena SANITAS
	Federação Médica Podkrepa (MF Podkrepa) ¹²	Aliança Semmelweis ¹³	Sindicato Nacional de Enfermeiros e Parteiras na Polónia (NTUNMP)	HIPOCRAT
		Fórum para a Cooperação Sindical	Secretaria de Proteção à Saúde da NSZZ Solidarność	Sindicato Solidário da Saúde (FSSR)
				Sindicato Nacional Central de Saúde e Assistência Social

Organização de empregadores				
	Sindicato Nacional de Hospitais Privados (NUPH)	Associação Húngara de Gestores Económicos em Cuidados de Saúde	Empregadores da Polónia ¹⁴	Associação Empresarial Nacional de Médicos de Família ¹⁵
	Associação Búlgara de Empregadores em Cuidados da Saúde ¹⁶	Associação Húngara de Hospitais	Clube do Centro de Negócios (BCC) ¹⁷	Sindicato Nacional dos Empregadores Romanos
	Associação de Hospitais Municipais na Bulgária	Centro do Serviço Nacional de Saúde	Confederação Polaca de Empregadores Privados 'Lewiatan'	Federação Nacional Romena de Empregadores de Saúde e Farmacêuticos
			Sindicato Nacional dos Empregadores Privados de Saúde	PALMED
			Associação Polaca de Hospitais Privados	Empregadores de Prestadores de Serviços Médicos Privados

Organizações profissionais/outras				
		Câmara de Profissionais de Saúde Húngaros ¹⁸		Ministério da Saúde
		Câmara Médica Húngara ¹⁸		Ministério do Trabalho e Justiça Social

	República Checa	Croácia	Eslovénia	Eslováquia
Sindicatos				
	Sindicato dos Serviços de Saúde e Assistência Social na República Checa (OSZSP ČR)	Sindicato Croata de Enfermeiros e Técnicos Médicos (HSSMS-MT)	Sindicato dos Médicos e Dentistas da Eslovénia (FIDES)	Sindicato Eslovaco dos Serviços Sociais e de Saúde (SOZZASS)

¹² Representa apenas funcionários do setor público

¹³ Visa proteger os interesses dos empregados

¹⁴ Representa 7.000 empregadores em todos os setores, incluindo 113 empregadores ativos no setor da saúde, na sua maioria não públicos

¹⁵ Não participa na negociação coletiva nem no diálogo social nacional

¹⁶ Ramo da Câmara de Comércio Búlgara

¹⁷ Abrange 26 empresas do setor não público.

¹⁸ Adesão obrigatória

Sindicato dos Médicos Checos (LOK-SČL)	Sindicato da Saúde da Croácia (SZH)	Sindicato dos Serviços Sociais e de Saúde da Eslovénia (SINDIKAT-ZSVS)	Sindicato dos Médicos do Trabalho (LOZ)
	Sindicato Autónomo do Serviço de Saúde e Serviço de Proteção Social (SSZSSH)	Sindicato de Saúde e Assistência Social da Eslovénia (SZSSS)	Sindicato de Enfermeiros e Parteiras (OZSaPA)
	Sindicato de Médicos Croatas (HLS)	Sindicato dos profissionais da saúde da Eslovénia (SDZNS)	
		Confederação dos Sindicatos da Saúde - PÉRGAM (SZS PERGAM)	
		Sindicato Dentário Esloveno (DENS)	

Organização de empregadores

Associação dos Hospitais Checos e Morávios (ACMN)	Associação de Empregadores de Saúde Croata (UPUZ-HR)	Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Família e Assuntos Sociais	Associação de Hospitais da Eslováquia (ASN)
A Confederação da Indústria da República Checa (SP)	Associação de Empregadores Croatas - Associação de Policlínicas, Hospitais, Instalações Médicas e de Saúde (CEA)	Associação Eslovena de Médicos e Dentistas Particulares (ZZZZS) - sem participação no diálogo social	Associação dos Hospitais Estatais da República Eslovaca (AŠN)
			Associação de Médicos Privados da República Eslovaca (ASL SR)

Organizações profissionais/outros

		Câmara Médica da Eslovénia (ZSS)	Câmara Eslovaca de Enfermeiros e Parteiras (SKSaPA)
--	--	----------------------------------	---

Chipre¹⁹

Grécia

Itália

Malta

Portugal

Espanha

Sindicatos

Sindicato dos Funcionários Públicos de Pancyprian (PASYDY)	Federação Pan-Helénica de Trabalhadores Hospitalares Públicos (POEDIN)	Sindicato dos Serviços Públicos (FP-CGIL)	Vozes dos Trabalhadores (UHM)	Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP)	Federação dos Setores da Saúde e Sócio-Sanitários da Federação Sindical da Comissão dos Trabalhadores e Setores Setoriais da Saúde (FSSS - COO)
Sindicato dos Enfermeiros do Governo de Pancyprian (PASYN0)	Confederação dos Funcionários Públicos (ADEDY)	Federação das Autoridades Locais (FPL UIL)	Sindicato Geral dos Trabalhadores (GWU)	Sindicato dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira (SERAM)	Sindicato Geral dos Trabalhadores (UGT)
Sindicato dos Médicos do Governo de Pancyprian (PASIKI)		Federação dos Trabalhadores e Serviços Públicos (FPS-CISL)	Sindicato das Parteiras e Enfermeiros de Malta (MUMN)	Sindicato dos Enfermeiros (SE)	Federação de Serviços Públicos do Sindicato

¹⁹ A ordem dos sindicatos representa o número de membros ativos no setor (com base na Eurofound (2020) Representatividade das organizações europeias de parceiros sociais nos hospitais e cuidados de saúde)

					Geral dos Trabalhadores (FSP - UGT)
Sindicato dos Trabalhadores do Chipre - Empregados do Governo. Instituições Militares e Sociais (PASYEK - PEO)		Federação dos Trabalhadores Autónomos de Saúde (FIALS)	Sindicato Geral dos Trabalhadores - Secção Governo e Entidades Públicas	Sindicato Independente de Profissionais de Enfermagem (SIPE)	Sindicatos Espanhóis de Profissionais de Enfermagem (SATSE)
Federação dos Funcionários Privados do Chipre (OIYK-SEK)		Federação dos Sindicatos Independentes - Cuidados de Saúde (FSI)		Sindicato Independente dos Médicos (SIM)	Sindicatos Centrais Independentes e de Funcionários Públicos da Espanha (CSIF)
		Associação do pessoal médico e executivo do NHS (ANAAD ASSOMED)		Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP)	

Organizações de empregadores

Federação dos Empregadores e Industriais de Chipre (OEB) - Setor privado (trans-setorial)	Ministério da Saúde: Setor público	Agência para a representação contratual da Administração Pública (ARAN)	Associação dos Empregadores de Malta (MEA)	Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP)	Aliança Espanhola de Saúde Privada (ASPE)
Ministério da Saúde: Principal empregador para a saúde pública	Sindicato Pan-helénico de Hospitais Privados (PEIK)	Federação Italiana de Hospitais e Agências de Saúde (FIASO)	Ministério da Saúde: Setor público	Confederação dos Empregadores de Comércio e Serviços (CCP)	Ministério da Saúde: Setor público
Organização dos serviços estatais de saúde: Setor público				Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS)	

4. Envolvimento dos parceiros sociais nas estruturas de diálogo social da UE

A importância do diálogo social europeu está ancorada no Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE) por vários artigos²⁰. Há muitos casos em que os **parceiros sociais desempenharam um papel ativo nos acordos a nível da UE**.

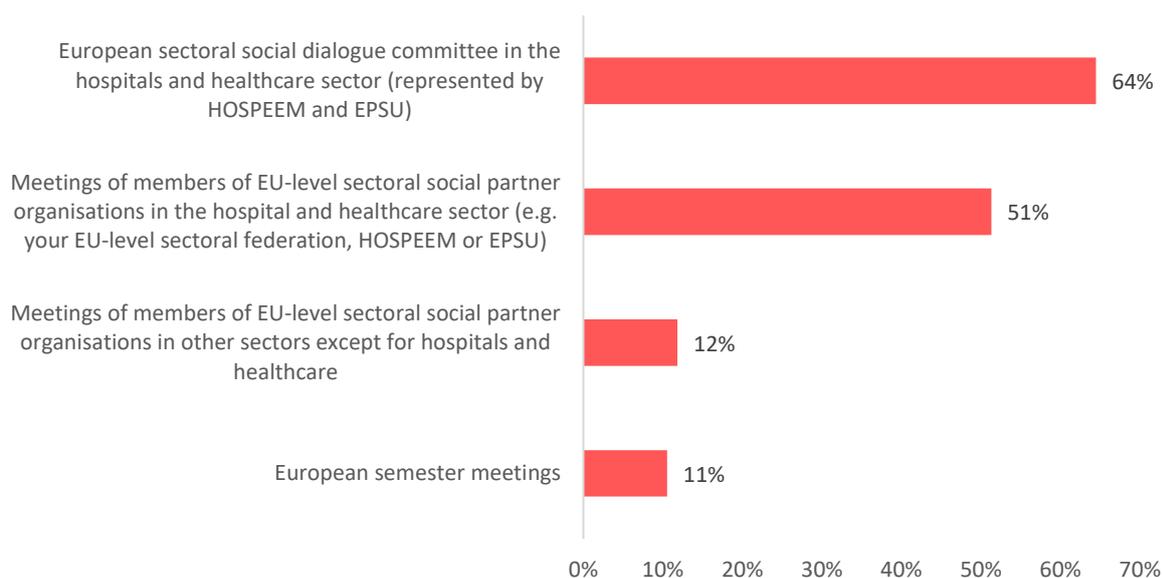
As conclusões relacionadas com o envolvimento dos parceiros sociais no diálogo social da UE abaixo baseiam-se no inquérito online distribuído aos parceiros sociais/organizações relevantes nos catorze países-alvo entre abril de 2019 e agosto de 2020. A maioria dos parceiros sociais envolvidos no inquérito participa diretamente em reuniões no âmbito das estruturas de diálogo social da UE. Deve-se notar que a maioria dos inquiridos são representantes sindicais²¹.

Acredito firmemente no valor do diálogo social entre empregadores e sindicatos, as pessoas que conhecem melhor o seu setor e a sua região.

Ursula von der Leyen, Presidente da Comissão Europeia

Das pessoas envolvidas, **a maioria das organizações dos países-alvo participou nas estruturas de DS a nível da UE representadas pela FSESP e HOSPEEM ou por uma organização europeia intersetorial**. Dos envolvidos, 64% participam diretamente no Comité do Diálogo Social Setorial da UE no Setor Hospitalar e da Saúde (SSDC HS) através da FSESP ou da HOSPEEM, e 51% nas reuniões dos membros das duas organizações parceiras do DSS a nível da UE ao longo dos últimos quatro anos. Doze por cento, geralmente associações de empregadores, participaram em reuniões com organizações de parceiros sociais setoriais a nível da UE em outros setores. Apenas 11% dos inquiridos participaram nas reuniões do Semestre Europeu.

Gráfico 1: Participação direta nas reuniões do comité das estruturas de diálogo social a nível da UE desde 2015 (%), N = 76)



Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde

Nota: a possibilidade de respostas múltiplas

A razão mais frequente para a não participação em qualquer estrutura de diálogo social a nível da UE é a falta de capacidades financeiras (30%). A falta de capacidades pessoais, a falta de tempo para participar em reuniões, e barreiras de entrada (que não cumprem com os critérios de representatividade) são as razões para a não participação no diálogo social a nível da UE para o 26% e o 23% dos inquiridos, respetivamente. Além disso, alguns não veem o valor e progresso acrescentados na melhoria do estatuto social e económico após a adesão a longo prazo a uma organização da UE (18%). O não envolvimento dos parceiros sociais dos países-alvo pode também ser **dificultado pela sua fragmentação a nível nacional e/ou pelas organizações de empregadores independentes atualmente limitadas**.

²⁰ Art. 152: A União Europeia reconhece e promove o papel dos parceiros sociais a nível da União, respeitando a sua autonomia; Art. 154: Consulta dos parceiros sociais a nível da UE pela Comissão; Art. 155: Acordos celebrados pelos parceiros sociais.

²¹ Ver o anexo Metodologia.

Tabela 3: Razões para a não participação nas estruturas de diálogo social a nível da UE (% , N= 57)

Razões para a não-participação	Por cento
Falta de recursos financeiros (altos custos de viagem, altas taxas de filiação)	30%
Falta de capacidades pessoais, falta de tempo para participar nas reuniões	26%
Barreiras de entrada (que não cumprem com os critérios de representatividade)	23%
Baixa importância do diálogo social a nível da UE para as atividades da nossa organização	18%
Dificuldades em compreender o papel e o funcionamento do diálogo social a nível da UE	12%
Barreira linguística	11%

Fonte: *Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde*

Nota: a possibilidade de respostas múltiplas

A FSESP representa a maioria dos sindicatos a nível europeu e é o único parceiro social reconhecido no setor hospitalar. Embora existam outras associações hospitalares europeias, a HOSPEEM é o único parceiro social setorial europeu reconhecido que representa os interesses das organizações nacionais de empregadores hospitalares. **A participação dos empregadores nas estruturas de diálogo social a nível da UE é atualmente limitada.** Representantes de sindicatos nacionais apelaram às organizações nacionais de empregadores para se tornarem membros da HOSPEEM para estabelecer um diálogo social eficaz a nível da UE, uma vez que muitos sindicatos dos países-alvo na região não têm os seus homólogos representados para discutir e chegar a um acordo sobre os instrumentos a nível da UE⁶.

Em alguns países (por exemplo, CZ), o diálogo social nacional abrandou durante a pandemia da COVID-19 e, noutros países, a comunicação e as negociações entre os parceiros sociais foram minimizadas. Isto também se deveu às mudanças relativamente frequentes de pessoal dentro dos órgãos governamentais responsáveis. No entanto, na Croácia e na Eslovénia, o diálogo social com o Ministério foi sustentado de uma qualidade relativamente elevada⁶.

5. Participação dos parceiros sociais no Semestre Europeu

O Semestre Europeu (SE) é um ciclo anual de governação para monitorizar e impor o cumprimento de reformas orçamentais e estruturais rigorosas. **O foco nos aspetos sociais no SE intensificou-se recentemente, ao vinculá-lo ao Pilar Europeu dos Direitos Sociais.** Em particular, os princípios 8 e 16 estabelecem que "os parceiros sociais devem ser consultados sobre a conceção e implementação de políticas económicas, de emprego e sociais de acordo com as práticas nacionais" e que "o apoio ao aumento da capacidade dos parceiros sociais para promover o diálogo social deve ser encorajado," bem como "Todos têm o direito ao acesso oportuno a cuidados de saúde preventivos e curativos de boa qualidade a preços acessíveis."

As Recomendações Específicas para cada País (REP) do Semestre Europeu refletem a relevância do setor da saúde e do diálogo social para a consolidação fiscal, a coesão social, o combate à pobreza (no trabalho) e o aumento da resiliência e do funcionamento do sistema sanitário. **Como resultado, o número de Estados-Membros da UE (EM) que recebem as REP relacionadas com os cuidados de saúde aumenta:** 10 EM em 2017, 15 EM em 2019²². Desde o surgimento da pandemia em março de 2020, os mecanismos do Semestre Europeu ajustaram-se à crise e criaram um mecanismo de recuperação e resiliência para orientar os Estados-Membros a lidar com as crises sanitárias. Os Estados-Membros foram encorajados a apresentar os seus planos de recuperação e resiliência. O atual procedimento de avaliação com as recomendações específicas para cada país será substituído pelo procedimento de avaliação dos planos de recuperação e resiliência em 2021²³.

A crise acentuou a necessidade de se comprometer a reforçar a Europa Social e o Pilar Europeu dos Direitos Sociais ao desenvolver o diálogo social. O papel do diálogo social é plenamente reconhecido como um elemento fundamental da UE a vários níveis, ao envolver os parceiros sociais da UE e nacionais no diálogo. O apoio à promoção do diálogo social da UE reflete-se também no Pilar Europeu dos Direitos Sociais através de iniciativas concretas, tais como um novo quadro de apoio aos acordos dos parceiros sociais a nível da UE e um novo prémio para práticas inovadoras de diálogo social e o novo Quadro Estratégico para a Segurança e Saúde no Trabalho. A Comissão Europeia propôs novas ferramentas para medir melhor as barreiras e lacunas no acesso aos cuidados de saúde e apresentar um relatório da UE sobre o acesso aos serviços essenciais, incentivando

²² Para as REP em particular, ver anexo B.

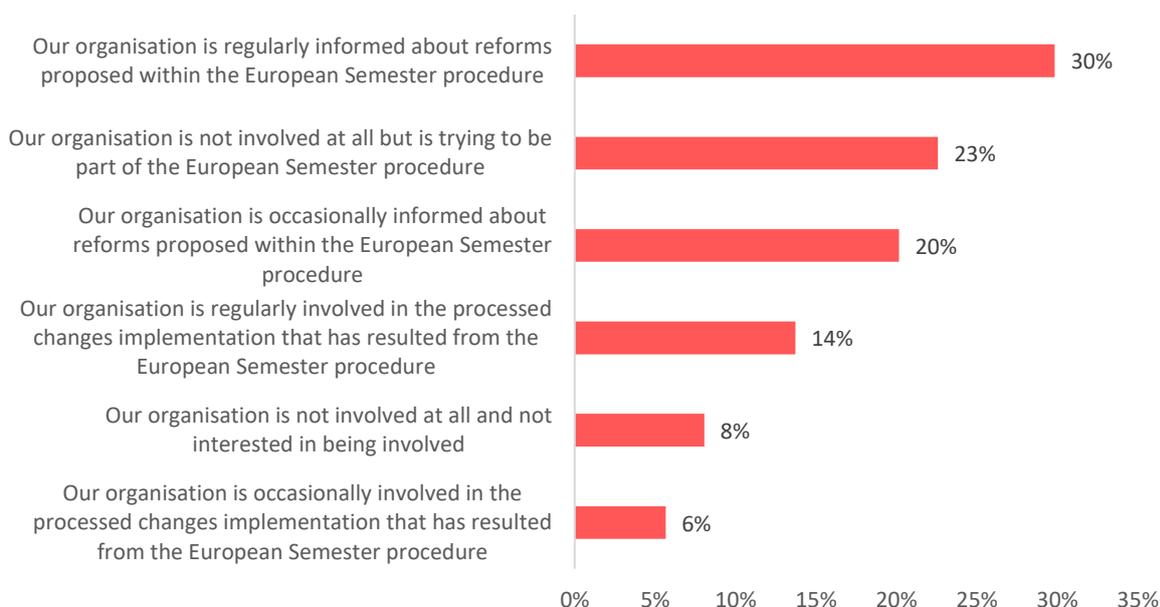
²³ Egbert Holthuis, Comissão Europeia, O processo do Semestre Europeu: ações para desenvolver e promover o envolvimento dos parceiros sociais setoriais nacionais; contribuição no Webinar Regional de 20 de abril de 2021.

simultaneamente os Estados-Membros a investir em trabalhadores da saúde, melhorando as condições de trabalho e o acesso à formação.²⁴

O elevado empenho da Comissão Europeia e os princípios transpostos do Pilar Europeu dos Direitos Sociais em múltiplas iniciativas proporcionam aos parceiros sociais nacionais novas oportunidades e inspiração para utilizar as fontes para desenvolver estratégias e reforçar o diálogo social nos Estados-Membros, tais como transformar as iniciativas dos Planos no seu trabalho diário e articular os interesses em alta, os desafios relativos às condições de trabalho, as questões de saúde e segurança nos hospitais, a migração de profissionais de saúde e as dificuldades de negociação coletiva para o nível da UE, a abordar e integrar em planos futuros e reforçar o DS a nível da UE no setor hospitalar²⁵.

Os mecanismos do Semestre Europeu são uma plataforma onde os pontos fracos baseados em factos podem ser revelados e comunicados aos comités relevantes a nível da UE para a procura de soluções. O envolvimento dos parceiros sociais é fundamental neste processo. A assistência financeira da Comissão Europeia apoiará os esforços dos parceiros sociais nos seus compromissos de articular as suas prioridades a nível da UE²⁶. Embora **o atual envolvimento dos parceiros sociais no procedimento do Semestre Europeu seja limitado**, 30% das organizações são regularmente informadas sobre as reformas recomendadas. Os outros 23% estão interessados ou tentam envolver-se no processo do Semestre Europeu. 20% dos parceiros sociais são informados ocasionalmente e apenas 14% regularmente e 6% por vezes estão envolvidos no processo. Estas conclusões podem ser apoiadas pela investigação recorrente realizada pela Eurofound sobre o envolvimento dos parceiros sociais nacionais na definição de políticas.²⁷

Gráfico 2: As formas como os parceiros sociais estão envolvidos no procedimento do Semestre Europeu (% , N= 124)



Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde

Os debates do Webinar Regional revelaram que a responsabilidade primária pelo bom envolvimento a nível nacional continua a ser do Estado-Membro. No entanto, em alguns países, os parceiros sociais têm apenas uma possibilidade limitada de intervir no processo do Semestre Europeu e queixam-se de se encontrarem fora do processo⁶. A HOSPEEM e a FSESP proporcionam um espaço para a partilha e fortalecimento das boas práticas; assim, o diálogo social a nível nacional e da UE. A este respeito, os parceiros sociais eslovenos apelam a um apoio mais intensivo da FSESP aos parceiros nacionais para que sejam incluídos no processo do Semestre da UE.

²⁴ Apresentação de Jan Behrens (DG EMPL A2 Diálogo Social): Diálogo social a nível da UE, no webinar regional de 20 de abril de 2021.

²⁵ Com base no debate do Workshop de Disseminação de 16 de junho de 2021.

²⁶ Jan Behrens, Diretor de Políticas, Comissão Europeia no Workshop de Disseminação de 16 de junho de 2021.

²⁷ Eurofound (2020), Involvement of national social partners in policymaking – 2019, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

6. Prioridades dos parceiros sociais a serem comunicadas a nível da UE

Os parceiros sociais enumeraram as suas prioridades a serem expressas a nível da UE, por exemplo, através da sua participação na respetiva organização de parceiros sociais a nível da UE no setor hospitalar e da saúde. No inquérito, os parceiros sociais revelaram as suas prioridades que gostariam de comunicar no âmbito do diálogo social a nível da UE. Os tópicos vão desde problemas estruturais abrangentes e gerais, como o aumento dos investimentos nos cuidados de saúde, segurança e saúde no trabalho, e condições de trabalho, retenção de trabalhadores até a reconciliação entre trabalho e família. Contudo, a escassez de trabalhadores da saúde, a abordagem da atratividade dos setores e a melhoria das políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais de saúde são tópicos comuns à maioria dos parceiros sociais dos países-alvo inquiridos. Para a variabilidade nas respostas, listamos todas as prioridades reveladas autenticamente nas três tabelas seguintes.

Tabela 4: Prioridades a serem comunicadas a nível da UE

País	Prioridades	
	Sindicatos	Organizações de empregadores
Romênia	<ul style="list-style-type: none"> Condições de trabalho - regulamentos sobre salários e bónus; Tempo de trabalho, normas de pessoal; Unificação da formação do pessoal médico; Melhoria dos representantes dos parceiros sociais e dos acordos coletivos 	Não há informação disponível
Hungria	<ul style="list-style-type: none"> Salários, especialmente o salário mínimo a nível europeu; Legislação sobre o horário de trabalho em conexão com a sobrecarga de trabalho; Reconciliação entre trabalho e família 	Migração dos trabalhadores e escassez associada*
Polónia*	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar o pessoal de enfermagem nos hospitais para garantir a segurança dos pacientes; Exigências financeiras relativas ao aumento salarial, especialmente para enfermeiros; Retenção de pessoal no contexto das mudanças em curso na organização do setor hospitalar; 	<ul style="list-style-type: none"> Mitigar as disparidades no crescimento dos salários entre médicos e enfermeiros; Aumento do investimento na saúde
Bulgária	<ul style="list-style-type: none"> Salários de médico especialista - apoio ao salário mínimo único na UE; Problemas de saúde e segurança - violência de terceiros e riscos psicossociais; Retenção de trabalhadores 	<ul style="list-style-type: none"> Acesso transfronteiriço aos serviços de saúde; Mais oportunidades de estar envolvido a nível da UE.
Chipre	<ul style="list-style-type: none"> Falta de pessoal e recursos de enfermagem (especialmente em hospitais privados); Reforma do setor da saúde (sistema sanitário geral e autonomia dos hospitais públicos); O orçamento do estado reduzido para a secção da saúde relativa à UE-28; Desenvolvimento profissional e aprendizagem ao longo da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de pessoal de enfermagem Sustentabilidade do sistema nacional de saúde; Autonomia funcional e financeira dos hospitais públicos; Implementação de um quadro legal e regulamentar comum para o setor público e privado da saúde.
Grécia	<ul style="list-style-type: none"> Falta de pessoal e questões laborais; Interferência de estruturas primárias com equipamento apropriado; Médicos especialistas para a central; equipamento tecnológico estruturador-médico; Interligação com sistemas semelhantes no estrangeiro; Cuidados de saúde em profissões de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar o financiamento do sistema sanitário de 5% para 8% do PIB; Igualdade de tratamento por parte do estado do setor privado com o público; Minimizar a burocracia Método de cálculo de custos (DRG'S, CID 10), financiamento de investimentos em hospitais privados existentes; Padrões operacionais mínimos para a prestação de serviços de saúde seguros.
Itália	<ul style="list-style-type: none"> Negociação coletiva; Emprego no setor da saúde; Diálogo com os sindicatos setoriais; Condições de trabalho; Segurança e saúde no trabalho; Reconciliação entre trabalho e família; Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizagem ao longo da vida e desenvolvimento profissional contínuo; Organização do trabalho; A digitalização do local de trabalho/competências digitais; Educação e formação vocacional; Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais de saúde.
Malta	<ul style="list-style-type: none"> Negociação coletiva; Parceria privada; Direitos dos empregados num ambiente de saúde; Esgotamento no trabalho; Reconciliação entre trabalho e família. 	<ul style="list-style-type: none"> Destacamento de trabalhadores; A atratividade do setor para os jovens trabalhadores.
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> Negociação coletiva; Melhoria das capacidades dos enfermeiros; Progressão de carreira; Reconhecimento transfronteiriço das qualificações profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Convergência da UE; Segurança e saúde no trabalho; Condições de trabalho; Envelhecimento dos trabalhadores; Educação e formação vocacional;

País	Prioridades	
	Sindicatos	Organizações de empregadores
		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de competências a nível nacional; • Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida.
Espanha	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho e emprego, especialmente a jornada de trabalho e os salários; • Saúde e segurança no trabalho com uma perspetiva de género; • Rácios de pessoal de saúde; rácio enfermeiro-paciente e segurança do paciente; • Digitalização; • Exposição a agentes tóxicos e biológicos, prevenção de riscos; • Desenvolvimento profissional e retenção de pessoal; • Validação dos estudos e profissões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar tecnologia; * • Legislação sobre o reconhecimento de alguns especialistas em saúde, como os embriologistas; • A longa lista de espera para as triagens.
Croácia	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde • Segurança e saúde no trabalho • Salários nos cuidados de saúde e dos enfermeiros especificamente • Condições de trabalho • Formação de pessoal • Direitos materiais dos profissionais de saúde' • Direitos e obrigações • Horas extras • Acordos coletivos • Falta de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os tópicos inquiridos; • Sinergia dos cuidados de saúde privados e públicos • Segurança no trabalho
República Checa	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração dos empregados em serviços sociais e de saúde • Segurança e proteção da saúde no trabalho • Proteção e segurança do pessoal • O diálogo social com os empregadores e a criação de acordos e orientações • Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde • Condições de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretiva sobre Condições de Trabalho; • O salário mínimo europeu; • Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde; • A atratividade do setor para os jovens trabalhadores.
Eslováquia	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho e • Reconciliação entre trabalho e família • Desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao Longo da Vida • Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde • Falta de pessoal e aumento do valor do trabalho dos enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover os interesses dos seus membros na distribuição dos fundos estruturais da UE (ASN); • Criar condições decentes para os empregados (ASN); • Aumento dos pagamentos aos segurados do Estado (ASL SR)²⁸.
Eslovénia	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde • Segurança e saúde no trabalho • Condições de trabalho • A atratividade do setor para os jovens trabalhadores • Assegurar a saúde pública eficaz • Normas para o pessoal de cuidados de saúde • Sistema de remuneração nos cuidados de saúde • Horário de trabalho 	Não há informação disponível

Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde*Com base na pesquisa documental

²⁸ Com base na pesquisa documental (a partir de fevereiro de 2021)

Os inquiridos tiveram a oportunidade de classificar os tópicos listados a serem tratados no DS a nível da UE numa escala de 1 a 5 (cinco representa a prioridade mais elevada). Os tópicos com a classificação mais elevada são as condições de trabalho em geral (média ponderada 4,7) e a segurança e saúde no trabalho (média ponderada 4,6). O desenvolvimento profissional contínuo e a aprendizagem ao longo da vida, as políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde e a reconciliação entre trabalho e família obtiveram a terceira melhor classificação (média ponderada por 4,3). Nenhuma das prioridades listadas teve pontuação inferior a 3 pontos, indicando a relevância de todos os tópicos.

Em alguns países, os tópicos melhor classificados pelos empregadores diferem ligeiramente dos tópicos dos sindicatos. Por exemplo, os empregadores precisam concentrar-se na educação e formação profissional (média ponderada 4,8), no desenvolvimento profissional contínuo e na aprendizagem ao longo da vida (4,6), e no envelhecimento dos trabalhadores nos países do Sul. Por outro lado, os sindicatos querem abordar as condições de trabalho (4,5), a segurança e saúde no trabalho (4,5) e a reconciliação entre trabalho e família (4,3).

Tabela 5: As prioridades das organizações com a classificação mais elevada (% , N = 101)

Prioridade	Classificação em 4	Classificação em 5	Média ponderada
Condições de trabalho	12%	78%	4,7
Segurança e saúde no trabalho	15%	74%	4,6
Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida	29%	54%	4,3
Políticas de recrutamento e retenção para todos os profissionais da saúde	22%	57%	4,3
Reconciliação entre trabalho e família	31%	51%	4,3
Educação e formação vocacional	29%	49%	4,2
Reconhecimento de competências a nível nacional	28%	49%	4,1
Digitalização do local de trabalho/competências digitais	29%	47%	4,1
Reconhecimento transfronteiriço das qualificações profissionais	28%	42%	4,0
A atratividade do setor para os jovens trabalhadores	26%	43%	4,0
Envelhecimento dos trabalhadores	24%	38%	3,9
Mobilidade dos profissionais de saúde na UE	31%	29%	3,7

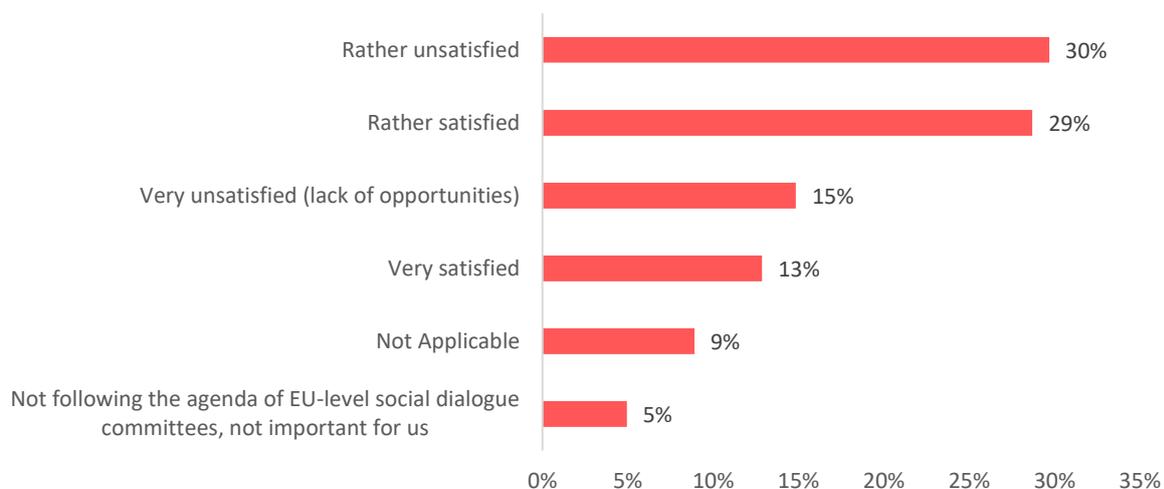
Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde

Nota: A pergunta foi: "Considera algum dos tópicos listados abaixo uma prioridade para a sua organização? Classifique cada opção de 1 a 5, onde 1 representa a prioridade mais baixa e 5 a prioridade mais alta."

Ao perguntar pela satisfação com as oportunidades para abordar as prioridades do diálogo social a nível da UE, os resultados mostram que há espaço para melhorar o envolvimento das organizações nacionais, ao criar um ambiente mais envolvente e participativo para os parceiros nacionais a nível da UE. Um terço dos inquiridos está bastante insatisfeito com as oportunidades, e 15% vê mesmo falta de oportunidades para comunicar as suas prioridades ao nível da UE. Por outro lado, 42% dos inquiridos estão bastante ou muito satisfeitos (29% e 13%, respetivamente).

As razões de insatisfação com as oportunidades de comunicar as prioridades ao diálogo social a nível da UE são a falta de recursos financeiros (58%) e de recursos humanos/trabalhadores (51%). Quarenta por cento dos inquiridos respondem que não têm qualquer interação com organizações a nível da UE. Contudo, 18% dos inquiridos pensam que as suas prioridades diferem das prioridades dos parceiros sociais a nível da UE no setor hospitalar e da saúde.

Gráfico 3: Satisfação com as oportunidades de abordar as prioridades no diálogo social a nível da UE (%; N= 101)



Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde

Nota: A pergunta foi: “Quão satisfeito está com as oportunidades atuais de abordar os tópicos que classificou como de prioridade máxima (nota 4 e 5) na pergunta anterior no comité de diálogo social setorial a nível da UE nos hospitais e cuidados de saúde? Selecione uma opção.”

Com base no inquérito, os parceiros sociais esperam o seguinte a nível da UE: 1) apoio para ter um impacto mais forte nas políticas nacionais no setor da saúde (78%) e 2) apoio na negociação coletiva nacional (por exemplo, negociação salarial) (65%). Estas duas expectativas mais vocais revelam que os parceiros sociais nacionais precisam de aumentar a sua influência a nível nacional. Espera-se que as estruturas de diálogo social a nível da UE sejam de apoio nestes termos. Cinquenta e cinco por cento dos inquiridos esperam um reforço das capacidades - fornecendo orientações específicas sobre o reforço do diálogo social e da negociação coletiva nos hospitais e cuidados de saúde no nosso país e 52% esperam um maior reconhecimento dos interesses da nossa organização e a incorporação na agenda do diálogo social a nível da UE.

Tabela 5: As expectativas das organizações quanto às estruturas de diálogo social a nível da UE (%; N= 95)

Expectativas	Por cento
Apoio dos parceiros sociais a nível da UE à nossa organização para ter um impacto mais forte nas políticas do setor da saúde no nosso país	78%
Apoio para nós na negociação coletiva interna (por exemplo, negociação salarial)	65%
Reforço das capacidades - fornecendo orientação específica sobre como fortalecer o diálogo social e a negociação coletiva nos hospitais e cuidados de saúde do nosso país	55%
Maior reconhecimento dos interesses da nossa organização e incorporação na agenda do diálogo social a nível da UE	52%
Proporcionar espaço para o relacionamento e troca de experiências	47%

Fonte: Inquérito sobre o diálogo social nos setores hospitalar e da saúde

Nota: a pergunta foi - Quais são as suas expectativas quanto às estruturas de diálogo social a nível da UE no setor hospitalar e da saúde? Selecione as três expectativas mais relevantes das opções abaixo.

A pandemia da COVID-19 mudou as prioridades dos parceiros sociais, intensificando ainda mais a urgência de certos problemas, já identificados antes da crise. Os parceiros sociais da Croácia, Eslovénia, República Checa e Eslováquia que tiveram a oportunidade de discutir as suas prioridades durante e após a segunda vaga da pandemia revelaram que as dificuldades que não tinham sido abordadas durante muito tempo foram exageradas durante a pandemia. Especificamente, a falta de pessoal tornou-se crítica. As questões de saúde e segurança adquiriram dimensões adicionais na prevenção e controlo de infeções e na disponibilidade de equipamentos de proteção individual. Na Croácia e na Eslovénia, a importância da saúde mental intensificou-se durante a crise⁶.

O debate do workshop regional com os países da Europa Central revelou um novo tópico a ser comunicado a nível da UE. Ambos parceiros sociais apelam a um maior investimento dos Planos de Recuperação e Resiliência que foram comunicados a nível nacional (RH, SK). Os participantes do workshop consideraram insuficiente o seu envolvimento no processo de consulta do plano de recuperação. As oportunidades de negociar a parte justa no

diálogo social a nível nacional não foram aproveitadas. Os parceiros sociais têm sido frequentemente excluídos do processo. A insatisfação com a percentagem de investimentos fixada a nível nacional proporciona aos parceiros sociais a nível da UE um espaço de ação.

Os representantes dos sindicatos romenos revelaram que as oportunidades de influenciar as medidas durante a pandemia e abordar as condições precárias de trabalho nos cuidados de saúde foram minimizadas com o atual governo. Os sindicatos são ignorados na exigência de um fornecimento adequado de equipamento de proteção individual, acesso à vacina e aumento de salário. Quase todos os hospitais transformados em hospitais Covid, prejudicando a saúde de outros pacientes²⁴.

A Espanha também confirmou a participação limitada no diálogo social e o baixo investimento em cuidados de saúde, o que levou a múltiplas deficiências. Por outro lado, a Croácia está satisfeita com o diálogo social durante a pandemia, o que levou a um aumento de 10% nos salários. Também, na Itália, as negociações com os parceiros sociais estão em curso apesar da pandemia. A negociação coletiva não sofreu com a Covid-19. A ARAN conseguiu fechar diferentes contratos públicos, tais como os Acordos Coletivos Nacionais sobre "Funções Locais" e sobre "Cuidados de Saúde", e atualmente está a trabalhar nos Acordos Coletivos Nacionais "Funções Centrais"²⁵.

7. Conclusão

O relatório final apresentou as conclusões sobre o envolvimento dos parceiros sociais no diálogo social a nível da UE e as prioridades a abordar a nível da UE para a Bulgária, Hungria, Polónia, Romênia, Chipre, Grécia, Itália, Malta, Portugal, Espanha, Croácia, República Checa, Eslováquia e Eslovénia.

As semelhanças dos países-alvo são que as suas despesas de saúde são inferiores à média da UE-27 a longo prazo e que a escassez de pessoal está a causar um conseqüente aumento da carga de trabalho e a pôr em risco a segurança dos pacientes e do pessoal. Além disso, a migração de profissionais de saúde, principalmente para países ocidentais e do Norte, é um desafio económico e social para todos os países-alvo. A escassez de trabalhadores dá origem a uma mão-de-obra precária, caracterizada por horários de trabalho longos e um aumento do número de turnos noturnos e de reemprego da mão-de-obra reformada. As condições de trabalho durante a crise da COVID-19 mostraram a necessidade crescente de ações coordenadas e inclusivas a nível nacional e europeu para enfrentar os desafios de forma eficaz. Conseqüentemente, a representação dos parceiros sociais no Diálogo Social Setorial Europeu e o seu envolvimento no Semestre Europeu tornou-se essencial.

Os parceiros sociais a nível nacional são encorajados a prosseguir o elevado empenho da Comissão Europeia numa Europa Social e a contribuir para encontrar soluções para os desafios urgentes nos cuidados de saúde. As iniciativas a nível da UE, por outro lado, podem ser uma fonte de informação e inspiração para desenvolver estratégias e reforçar o diálogo social nos Estados-Membros.

A representação dos parceiros sociais revela-se fragmentada, diversificada ao longo das profissões e dos setores da saúde pública/privada. Estas características comuns na maioria dos países-alvo são complementadas pela falta de uma contraparte oficial. A maioria das organizações dos países-alvo participou nas estruturas de DS a nível da UE, quer representada pela FSESP e a HOSPEEM, quer por outra organização europeia intersetorial. A participação dos empregadores nas estruturas de diálogo social a nível da UE é atualmente limitada.

Apesar do número de Estados-Membros da UE que recebem recomendações específicas para cada país relacionadas com os cuidados de saúde no âmbito do processo dos Semestres Europeus, o envolvimento dos parceiros sociais é limitado. Os parceiros sociais revelaram as suas prioridades que gostariam de comunicar no âmbito do diálogo social a nível da UE. Os tópicos vão desde problemas estruturais abrangentes e gerais, como o aumento dos investimentos nos cuidados de saúde, segurança e saúde no trabalho, e condições de trabalho, retenção de trabalhadores, a reconciliação entre trabalho e família até os debates sobre a Diretiva Europeia do Salário Mínimo. Os tópicos mais avaliados são as condições de trabalho e segurança e saúde no trabalho relacionadas com os desafios a longo prazo da falta de pessoal de saúde e do agravamento das condições de trabalho.

Há margem para melhorar o envolvimento das organizações nacionais, ao criar um ambiente mais envolvente e participativo para os parceiros nacionais a nível da UE. Com base no inquérito, os parceiros sociais têm claras expectativas do diálogo social a nível da UE. Os parceiros sociais nacionais precisam de aumentar a sua influência a nível nacional para terem um impacto mais substancial nas políticas nacionais no setor da saúde. Espera-se que as estruturas de diálogo social a nível da UE os apoiem.

Os passos seguintes dos parceiros sociais a nível da UE conduzirão a mais trabalho nas iniciativas de recrutamento e retenção, e a explorarão de mais programas de reforço das capacidades que ajudariam a aumentar o apoio político ao diálogo social.

Anexo

A. Metodologia

Foi utilizado um desenho de metodologia combinada:

- a) Pesquisa documental realizada com foco na identificação dos parceiros sociais no setor hospitalar e da saúde, as suas características e estudos sobre o diálogo social nacional e o Semestre Europeu,
- b) A pesquisa online personalizada dedicada ao diálogo social no setor da saúde consistiu em 23 perguntas e foi estruturada em quatro áreas:
 - (1) Identificação das organizações;
 - (2) Envolvimento no diálogo social a nível nacional e da UE, e o Semestre Europeu;
 - (3) Prioridades e tópicos a serem comunicados a nível da UE;
 - (4) Satisfação com as oportunidades de abordar as prioridades e expectativas das estruturas de diálogo social a nível da UE.

O inquérito foi traduzido para as línguas nacionais e distribuído online através dos sistemas Survey Monkey. Aproximadamente, diferentes organizações, tanto sindicatos como organizações de empregadores, têm sido repetidamente convidadas a preencher o inquérito. A estrutura dos inquiridos que participaram na pesquisa foi a seguinte:

Amostra total	Por cento	Número
Número total de inquiridos	100%	181
Tipo de organização		
Organização de empregadores	6,6%	12
Sindicato	87,9%	159
Outros	5,5%	10
Posição do inquirido dentro da organização		
Presidente	20,7%	35
Vice-Presidente	4,7%	8
Secretário-geral	4,7%	8
Membro do Presidium	29,0%	49
Membro do pessoal	16,0%	27
Outros	25,0%	42
País		
Bulgária	1,20%	2
Croácia	5,99%	10
Chipre	1,80%	3
República Checa	2,40%	4
Grécia	5,39%	9
Hungria	2,99%	5
Itália	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Polónia	2,40%	4
Portugal	2,40%	4
Roménia	59,88%	100 ²⁹
Eslováquia	4,19%	7
Eslovénia	2,40%	4
Espanha	2,99%	5

²⁹O elevado número de inquiridos da Roménia é causado pela distribuição do inquérito pelos sindicatos a nível regional

- c) Análise do debate nos Workshops Regionais: O debate do workshop foi facilitada pela estrutura preparada com antecedência; foram tomadas notas e consolidadas em resultados resumidos, complementando o inquérito e os resultados da pesquisa documental.

Períodos das fases de pesquisa para determinados grupos de países

Países	Pesquisa documental	Recolha de dados do inquérito	Análise do workshop do webinar
BG, HU, PL, RO	De abril a julho de 2019	De abril a junho de 2019	Workshop Regional em Bucareste, em junho de 2019
CY, EL, IT, PT, MT, ES	De julho a novembro de 2019	De julho a novembro de 2019	Workshop Regional em Bucareste, em novembro de 2019
HR, CZ, SK, SI	De fevereiro a agosto de 2020	De fevereiro a agosto de 2020	Workshop Regional Online em abril de 2021

B. Recomendações específicas para cada país do Semestre Europeu

A tabela abaixo descreve as REP dos quatro países-alvo e outras recomendações em texto relativas a áreas de política social e sanitária. Deve-se notar que a informação abaixo são trechos das recomendações do país, adotadas em julho de 2020.

Áreas de recomendação	Bulgária	Hungria	Polónia	Roménia
Política sanitária				
Sistema de saúde e infra-estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Caraterizado pela despesa pública; Acesso limitado aos cuidados de saúde causado por uma distribuição desigual de recursos limitados e baixa cobertura de seguro de saúde; O pagamento direto é considerável. 	<ul style="list-style-type: none"> Rastreo e cuidados primários inadequados; A despesa pública está abaixo da média da UE; Os cidadãos confiam no pagamento direto para ter acesso a serviços de qualidade; O sistema é fortemente centrado nos hospitais, com fraqueza nos cuidados primários 	<ul style="list-style-type: none"> A necessidade não atendida de serviços médicos diminuiu, mas continua elevada na UE; Os tempos de espera têm aumentado substancialmente desde 2010; Mapa desenvolvido de necessidades de saúde, mas não se tornou uma ferramenta de apoio às decisões; O sistema de saúde está demasiado centrado na prestação de cuidados hospitalares; Os cuidados primários e ambulatoriais continuam subdesenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> O baixo financiamento, o uso ineficiente dos recursos públicos e a falta de reforma limitam a eficácia do sistema sanitário; A prevalência de pagamento informal é alta; O acesso aos serviços de saúde para aqueles que vivem em áreas rurais e grupos vulneráveis é limitado;
	REP: Melhorar o acesso aos serviços de saúde, incluindo a redução de pagamentos diretos e o combate à escassez de profissionais de saúde.	REP: Melhorar os resultados de saúde, ao apoiar medidas preventivas de saúde e reforçar os cuidados primários		REP: Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a sua relação custo-eficiência, inclusive por meio da mudança dos cuidados ambulatoriais
Falta de trabalhadores da saúde	<ul style="list-style-type: none"> A baixa disponibilidade de profissionais está a condicionar a prestação de cuidados primários; Uma escassez significativa de enfermeiros com o número per capita entre os mais baixos da UE. <p>Recomendação: Uma implementação mais rápida e eficaz da estratégia nacional de saúde ajudaria a combater estas fraquezas.</p>	Uma escassez considerável de pessoal de saúde, em particular médicos de clínica geral e enfermeiros, impede o acesso aos cuidados nas áreas mais pobres	<ul style="list-style-type: none"> O acesso e a eficácia do sistema de saúde são afetados pelos baixos gastos e falta de pessoal; O rácio de médicos e enfermeiros relativamente à dimensão da população está entre os mais baixos da UE, com ¼ do pessoal médico acima da idade da reforma; 	Existe escassez de trabalhadores da saúde, em particular, devido à emigração de médicos e enfermeiros
Política social				
Competências	Recomendação Reforçar a empregabilidade através do reforço das competências, incluindo as competências digitais.	Recomendação O desenvolvimento de competências digitais pode ajudar a melhorar a empregabilidade	Fraquezas em competências digitais, alfabetização e numeracia REP: Promover uma educação de qualidade e competências relevantes para o mercado de trabalho, especialmente através da educação de adultos	Não evoluindo em linha com as necessidades dos setores económicos em expansão ³⁰

³⁰ 81% dos empregadores com dificuldades no preenchimento de vagas de emprego

Áreas de recomendação	República Checa	Croácia	Eslovénia	Eslováquia
Política sanitária				
Sistema de saúde e infra-estrutura	<p>A crise atual mostrou que a necessidade de planos de preparação para crises no setor da saúde inclui melhores estratégias de compra, cadeias de abastecimento diversificadas e reservas estratégicas de insumos essenciais. Estes são elementos-chave para o desenvolvimento de planos mais amplos de preparação para crises.</p> <p>Recomendação: Assegurar a resiliência do sistema sanitário, reforçar a disponibilidade dos profissionais de saúde, os cuidados primários e a integração dos cuidados e a implantação de serviços de saúde eletrónicos.</p>	<p>Aumentar a resiliência do sistema sanitário. Promover uma distribuição geográfica equilibrada dos trabalhadores e instalações de saúde, uma cooperação mais estreita entre todos os níveis da administração e investimentos em saúde eletrónica</p>	<p>Assegurar a resiliência do sistema de saúde e de cuidados continuados, incluindo o fornecimento de um suprimento adequado de produtos médicos críticos e o combate à escassez de profissionais de saúde.</p>	<p>Fortalecer a resiliência do sistema sanitário nos profissionais da saúde, produtos médicos críticos, e infra-estrutura. Melhorar a prestação de cuidados primários e a coordenação entre os tipos de cuidados.</p>
Política social				
Competências	<p>Apoiar o fornecimento de competências, incluindo competências digitais e acesso à aprendizagem digital.</p>	<p>Aumentar o acesso à infra-estrutura e serviços digitais. Promover a aquisição de competências.</p>	<p>Promover as capacidades digitais das empresas e reforçar as competências digitais, o comércio eletrónico e a saúde eletrónica.</p>	<p>Reforçar as competências digitais. Assegurar a igualdade de acesso à educação de qualidade.</p>
Força de trabalho	<p>Apoiar o emprego através de políticas ativas do mercado de trabalho</p>	<p>Reforçar as medidas e instituições do mercado de trabalho e melhorar a adequação dos subsídios de desemprego e dos regimes de rendimento mínimo.</p>	<p>Proporcionar a substituição de renda e proteção social adequadas. Mitigar o impacto da crise no emprego, incluindo o reforço dos regimes de trabalho a tempo reduzido e da flexibilidade laboral. Assegurar que estas medidas proporcionem uma proteção adequada aos trabalhadores não estandardizados.</p>	<p>Proporcionar um rendimento de substituição adequado, e garantir o acesso à proteção social e serviços essenciais para todos</p>

Áreas de recomendação	Chipre	Grécia	Itália	Malta	Portugal	Espanha
Política sanitária						
Sistema de saúde e infra-estrutura	<p>Progresso alcançado nos cuidados de saúde com uma adoção de legislação para estabelecer o novo Sistema Nacional de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> procura melhorar o acesso; introduz a cobertura universal da saúde; reduz o alto nível de pagamentos diretos; aumenta a eficiência da prestação de cuidados no setor público; assegura a autonomia financeira e operacional dos hospitais públicos. <p>REP: Tomar medidas para garantir que o Sistema Nacional de Saúde se torne operacional em 2020, conforme planificado, ao preservar a sua sustentabilidade a longo prazo.</p>	<p>Uma reforma de longo alcance do sistema de saúde primário iniciada em 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> relevante para garantir o acesso; investimento contínuo através da implantação da unidade local de saúde necessária. <p>REP: Foco na política económica relacionada ao investimento sobre cuidados de saúde sustentáveis, considerando as disparidades regionais e a necessidade de garantir a inclusão social;</p>	<p>Bom resultado global, mas disparidades nas prestações de saúde entre regiões com impacto em:</p> <ul style="list-style-type: none"> o acesso; a equidade; a eficiência; <p>Potencial de melhoria por meio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> melhor administração; monitorização dos níveis padrão de serviços. <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mais cuidados domiciliares e comunitários, assim como continuados para pessoas com deficiência e outros grupos desfavorecidos; Disparidades geográficas a serem consideradas na disponibilidade de serviços de saúde e de cuidados continuados. <p>REP: Melhorar a eficácia, acessibilidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde</p>	<p>Situação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento da despesa pública relacionada com a idade nos sistemas de saúde; Risco de aumento da dívida a longo prazo; Medidas em curso para descentralizar os serviços dos hospitais para os cuidados primários; Lutar contra o longo tempo de espera, ampliando a capacidade dos cuidados ambulatoriais nos hospitais públicos; Aumento da demanda por cuidados continuados; Introdução de novos tipos de serviços comunitários e ao domicílio; Nenhum impacto das medidas tomadas até agora na sustentabilidade fiscal. <p>REP: Assegurar a sustentabilidade fiscal do sistema de saúde, incluindo</p> <ul style="list-style-type: none"> a restrição da reforma antecipada; o ajuste da idade legal de reforma em função dos ganhos esperados na expectativa de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> a pressão contínua sobre as finanças públicas devido às tendências demográficas adversas; a promoção da relação custo-eficiência através do aumento das compras centralizadas e do uso de genéricos; a planificação orçamental e o controlo contabilístico inadequados, resultando em altos atrasos hospitalares; a introdução de um novo modelo de governo para os hospitais públicos para abordar estruturalmente os atrasos em 2019. <p>REP: Melhorar a qualidade das finanças públicas, dando prioridade as despesas que estimulem o crescimento e, ao mesmo tempo, reforçando o controlo global das despesas, a eficiência de custos e uma orçamentação adequada, concentrando-se numa redução permanente dos atrasos nos hospitais.</p>	
Política social						
Competências	<p>Acesso a educação e formação de qualidade com perspetivas ao longo da vida, considerando as necessidades futuras.</p> <p>Recomendações:</p>	<p>Escassez e incompatibilidades crescentes de competências e um mundo laboral em mudança.</p> <p>Recomendações</p>	<p>Considerar a aquisição de competências orientadas para o futuro, incluindo medidas para promover a educação de adultos.</p> <p>Recomendações</p>	<p>Esforços adicionais para melhorar a qualidade e a inclusão dos sistemas de educação e formação, com especial atenção aos grupos desfavorecidos.</p>	<p>Os níveis de competências permanecem baixos para vários grupos populacionais. Melhorar a empregabilidade e a mobilidade social, investindo na educação, formação e infra-estrutura.</p>	<p>A escassez e a inadequação de competências dificultam o desenvolvimento e a utilização de tecnologias avançadas, especialmente por pequenas e médias empresas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade do ensino e formação vocacional; Aumentar o envolvimento dos empregadores e a participação dos alunos no ensino e formação vocacional. <p>REP: Melhorar a relevância dos seus sistemas de educação e formação no mercado de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a capacidade do ensino e formação vocacional Fortalecer e modernizar os sistemas de educação e formação. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a atratividade da profissão docente; A requalificação é particularmente necessária para as competências digitais. <p>REP: Melhorar os resultados educacionais, também através de</p> <ul style="list-style-type: none"> o investimento adequado e direcionado; a promoção da requalificação em competências digitais. 		<p>REP: Melhorar o nível de competências da população, em particular, a sua literacia digital, nomeadamente tornando a educação de adultos mais relevante para as necessidades do mercado de trabalho.</p>	<p>Paralisação dos esforços para reformar o sistema educacional.</p> <p>REP: Reduzir o abandono escolar precoce e aumentar a cooperação entre a educação e as empresas para melhorar as competências e qualificações relevantes para o mercado de trabalho, em particular para as tecnologias da informação e comunicação.</p>
Salário		<p>Recomendação: conclusão de reformas mais abrangentes das prestações sociais.</p>	<p>A desigualdade de rendimentos e o risco de pobreza são elevados, com grandes disparidades regionais e territoriais.</p> <p>A disparidade de género no emprego continua a ser um dos mais elevados da União.</p> <p>Ainda falta uma estratégia abrangente para promover a participação das mulheres no mercado de trabalho.</p>		<p>Apesar da diminuição da desigualdade de rendimentos, ainda é significativamente superior à média da União. A adequação do regime de rendimento mínimo está entre as mais baixas da União.</p> <p>Recomendação: Melhorar a cobertura, adequação ou eficácia da rede de segurança social, incluindo os regimes de rendimento mínimo</p>	<p>As disparidades regionais apresentadas nos regimes regionais de rendimento mínimo; A portabilidade limitada entre regiões reduz os incentivos à mobilidade da mão-de-obra.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrar estratégias de desenvolvimento territorial, incluindo ações que promovam o empreendedorismo, a digitalização e a economia social. Abordar as lacunas de cobertura nos regimes regionais de rendimento mínimo.
Diálogo social		<p>Um diálogo social eficaz e uma parceria social responsável podem apoiar</p> <ul style="list-style-type: none"> o ambiente para a implementação; a propriedade de reformas sustentadas. 	<p>A reforma inicialmente prevista do quadro de negociação coletiva visava alinhar melhor os salários e vencimentos com as condições económicas a nível regional e empresarial. Um acordo-quadro assinado com os três principais sindicatos italianos para</p> <ul style="list-style-type: none"> expandir a negociação de segundo nível; aumentar a segurança jurídica ao estabelecer regras mais precisas para a representação 			<p>Embora a criação de mesas redondas tripartidas seja um bom passo para um envolvimento mais significativo dos parceiros sociais na conceção de políticas, há espaço para consultas mais aprofundadas e mais oportunas.</p>

			<p>dos parceiros sociais nas negociações;</p> <ul style="list-style-type: none">• estabelecer um algoritmo melhorado para a definição de rendimentos mínimos salariais.			
--	--	--	---	--	--	--

Fonte: Visão geral compilada pela equipa do CELSI com base nas Recomendações Específicas para cada País no Semestre Europeu de 2020

C. Workshop de disseminação da lista de participantes

Último nome	Primeiro nome	Organização	Afiliação	País
Albuquerque Arenga	Margarida	Representação Permanente de Portugal	Outros	Bélgica
Avram	Adam	FSESP	FSESP	Bélgica
Barecka-Bach	Anna	NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare	FSESP	Polónia
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Bélgica
Behrens	Jan	Comissão Europeia	Outros	Bélgica
Berislavic	Marija	Sindicato Croata de enfermeiros e técnicos médicos	FSESP	Croácia
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	FSESP	Roménia
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Itália
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	FSESP	República Checa
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Outros	Irlanda
Das	Sarada	Comité Permanente dos Médicos Europeus (CPME)	Outros	Bélgica
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Bélgica
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	França
Drug	Roxana	FSESP	FSESP	Bélgica
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Bélgica
Gae	Razvan	Federação SANITAS	FSESP	Roménia
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OOO	FSESP	Espanha
Goudriaan	Jan-Willem	FSESP	FSESP	Bélgica
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	FSESP	República Checa
Holubová	Barbora	CELSI	Outros	Eslováquia
Howe	Samantha	EPDU	FSESP	Bélgica
Kahancova	Marta	CELSI	Outros	Eslováquia
Malapitan	Christopher	Artista gráfico	Outros	Bélgica
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Itália
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Bélgica
Negru	Liliana	SANITAS Arad	FSESP	Roménia
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED	Outros	Roménia
Papp	Katalin	Câmara de Profissionais de Saúde Húngaros, Universidade de Debrecen Faculdade de Saúde	Outros	Hungria
Paun	Tanja	Associação Croata de Empregadores da Saúde	Outros	Croácia
Pereira	Ana Carla	Comissão Europeia	Outros	Bélgica
Petcu	Claudia	Sanitas	FSESP	Roménia
Prasnjak	Anica	Sindicato Croata de enfermeiros e técnicos médicos	FSESP	Croácia
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Comissão Europeia	Outros	Bélgica
Renouvel	Sylvain	Federação dos Empregadores Sociais Europeus	Outros	Bélgica

Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Itália
Robert	Alexandre	Federação Europeia de Associações de Enfermeiros (EFN)	Outros	Bélgica
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Outros	Irlanda
Rogalewski	Adam	FSESP	FSESP	Bélgica
Romeao	Sandra	Sanitas	FSESP	Roménia
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	FSESP	Itália
Schriefer	Jan	FNV, Países Baixos	FSESP	Países Baixos
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Bélgica
Vannini	Michele	FP-CGIL	FSESP	Itália
Zlatanova	Slava	Federação dos Sindicatos - Serviços de Saúde (FTU- HS)	FSESP	Bulgária